RIO URUGUAY SEGUROS

ACC. PERSONALES

DENUNCIA DE SINIESTROS

Esta denuncia deber ser contestada en todas sus partes, sin omisión alguna, en caso contrario no tendrá validez. Deberá ser presentada a "RIO URUGUAY COOP. DE SEGUROS LTDA", dentro de los tres días de conocido el acontecimiento.

POLIZA Nº 75432 **SINIESTRO Nº** ____________

1-DATOS DEL TOMADOR DE LA POLIZA

Apellido y Nombre ó Razón Social: CONFEDERACION ARGENTINA DE BASQUETBOL ________________
CLUB: ________________________ **Asociación:** ________________________
FEDERACION: ____

2-DATOS DEL ACCIDENTADO

Apellido y Nombre : ____
Edad: ________ **Fecha de nacimiento:** / / **.-Sexo:** ________ **Peso** ________ **Altura** ________
Estado Civil: ____________ **Documento: Tipo** ________ **Nº** ________________
Dirección: ____________________ **Código Postal:** ________ **Ciudad :** ____________
________ **Provincia :** ____________ **País:** ____________________
Teléfono (1) : ____________ **Fax nº:** ____________ **E-mail :** ____________

1.- Cuándo y dónde tuvo lugar el accidente	**Fecha:** ____________ **Hora:** ____________ **Lugar:** ____________
2.- Diga como sucedió y lo que Ud. estaba haciendo en ese momento (partido oficial o entrenamiento)	____________
3.- Explique: a) ¿Qué lesiones ha sufrido? b) Si ha sufrido alguna vez una lesión en la misma región	**a)** ____________ **b)** ____________

4) **a) Dé los nombres y domicilios de los testigos del accidente.-**	**a)** ____________ **b)** ____________

RIO URUGUAY SEGUROS

ACC. PERSONALES

b) ¿Intervino autoridad policial? c) ¿Se hizo Sumario? d) Comisaría	c) ______ d) ______
5) a) De el nombre, dirección y teléfono del médico que lo atendió cuando sufrió el accidente. b) ¿Es su médico de cabecera? c) Nombre y domicilio del médico que lo atiende actualmente.	a) ______ b) ______ c) ______
6) ¿Cuántos días aproximadamente le demandará la curación y reintegro a la actividad?	______
8) Día y hora en que realizan los entrenamientos.3	______

- **Declaro que las manifestaciones y detalles consignados son válidos**
- **Ningún reclamo será considerado sin el correspondiente certificado médico.**

MUY IMPORTANTE	**PARA SER LEÍDO Y FIRMADO POR EL TOMADOR AL MOMENTO DE EFECTIVIZAR LA DENUNCIA** **La atención del siniestro se realizará por reintegro contra presentación de comprobantes y hasta la suma asegurada para cada rubro convenido en la póliza y aplicando la franquicia, si la hubiere.-** ______ **Firma**

______ **Firma del Tomador** **Aclaración:** ______ **Tipo y Nº documento:** ______	______ **Firma del denunciante** **Aclaración:** ______ **Tipo y Nº documento:** ______

LUGAR Y FECHA: ______